



# 南通市第一人民医院

## 手术知情同意书

姓名: [redacted] 性别: 女 年龄: [redacted] 科别: 神经外科一 床号: +03 住院号: [redacted]

### 病情介绍和治疗建议:

患者拟诊为蛛网膜囊肿, 全身麻醉下(脑)蛛网膜囊肿切除术。

手术目的: 切除病灶

预期效果: 症状部分缓解

其他可替代治疗方法: 无

### 手术潜在风险告知:

手术是一种高风险、高难度的治疗方法。鉴于当今医学科技水平的限制和患者个体特异性、病情的差异及年龄等因素, 绝对安全又没有任何风险的手术是不存在的。又由于已知和无法预见的原因, 本手术有可能会发生失败、并发症、损伤邻近器官或某些难以防范和处理的意外情况。即使在医务人员已认真尽到工作职责和合理的注意义务的情况下, 手术仍有可能发生如下医疗风险:

1. 麻醉过程中, 可能发生呼吸、心脏骤停等意外危险。
2. 手术过程中, 因病变浸润、炎症、解剖异常等因素, 可能发生手术中难以控制的出血, 并有损伤、切除邻近脏器或组织的可能, 手术中发现病变不能切除, 则行姑息性手术或仅作探查。
3. 术后可能发生切口感染、化脓、瘘或窦道形成, 切口不愈合, 组织和器官粘连, 术后再次出血或再次手术的可能以及心、肝、肺、肾、脑等器官或系统的并发症或疾病本身发展所致的不良转归。
4. 术后应激性溃疡。癫痫发作。术后严重的脑水肿、颅内高压。水、电解质、酸碱平衡紊乱。
5. 重要动脉损伤、梗塞、脑血管痉挛导致脑组织坏死, 术后偏瘫、失语、失明、神经功能受损、长期昏迷。
6. 术后脑脊液漏, 脑积水, 严重须再次手术, 可能因继发感染而死亡。
7. 具体术式中根据情况决定, 可能肿瘤残留、无法切除。术后症状不能改善、甚至加重。
8. 病变性质待术后病理确定。肿瘤术后复发。术后需放化疗等。术后心脑血管意外。
9. 术中自费药品和材料的使用。植入物排斥, 需要再次手术取出或更换。
10. 术后感染, 如切口感染、颅内感染、脑膜炎、肺部感染、术后高热等。术后切口不愈合等。
11. 术中及术后出血、颅内血肿、失血性休克等, 可能输血、二次手术。
12. 其他当前医学水平不可以预料的偶然情况。

医务人员将采取必要的预防和救治措施以合理的控制医疗风险, 但由于现有医疗水平所限, 仍有可能出现不能预见, 不能避免并不能克服的其他情况。一旦发生上述情况则有可能导致患者不同程度人身损害的不良后果。

### 患者知情选择:

1. 医务人员已经告知我即将进行的手术方式、此次手术及手术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法, 并且解答了我关于此次手术的相关问题, 我同意已拟定的手术方案。
2. 我同意在操作中医务人员可以根据患者病情对预定的手术方式做出调整。
3. 我理解此项手术需要多位医务人员共同进行。
4. 我并未得到此项检查百分之百成功的许诺。
5. 我授权医务人员对手术切除的病变器官、组织或标本进行处置, 包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。
6. 对于“非医方责任”导致的手术医疗意外风险及后果, 根据国家相关法律法规, 由患者自行承担或通过第三方医疗意外保险来分担。

患者/授权委托人/法定代理人签名: [redacted] 签名日期: 年 月 日 时 分

与患者关系:

经治医师签名: [redacted] 签名日期: